

「介護保険制度をめぐる現状と課題」

— 転機を迎えた介護保険 —

はじめに

介護保険制度が2000年4月に実施されてから本年（2008年）で9年目に入った。

2000年の実施の頃を振り返ると、保険者である市町村関係者や被保険者となった高齢者やその家族、サービス提供事業者である医療・福祉関係者、新たに事業主負担を求められた経済界、制度創設に批判的な人も多かった研究者など、介護保険制度は全国的な関心事であった。新聞紙上では、実施に向けてのカウントダウンが始まり、毎日、関連の記事が掲載された。関係者は不安と期待をもって4月1日を迎えた。

厚生省（現在の厚生労働省）では、施行前日の3月31日に省内組織である介護保険制度実施推進本部の会議を開催し、実施に当たっての最終確認を行い、市町村からの緊急連絡に即応できる窓口を設置して施行日を迎えた。4月1日午前零時、深夜訪問のホームヘルパーが訪問介護事業所から要介護者宅へ向けて出発した。同日の午前中には、小渕恵三首相（当時）が丹羽雄哉厚生大臣（当時）とともに都内の特別養護老人ホームを視察した。介護保険制度の実施は一大イベントであった。

当時、介護保険制度は、「20世紀最後の大事業」あるいは「介護革命」などと呼ばれたように、社会保障分野のみならず国民生活に一大変革をもたらすものとして、大きな「期待」と「高揚感」をもって迎えられた。

あれから丸8年が経過した。残念ながら現在では、介護保険制度への期待は色あせたかのように見える。増大する保険財政から将来の持続可能性が疑問視されている。2005年の制度改正によって介護サービスを利用しにくくなったという声が聞かれる。

「仕事のわりに給与が低い」という評価が定着して事業者は介護従事者の人手不足に苦慮している。2007年には民間最大手の訪問介護事業者が不正行為等から介護事業分野からの撤退を余儀なくされた。

なぜこのような事態に陥ってしまったのだろうか。この小論では、施行から今日までの介護保険制度の実施状況を踏まえて、その「光」と「影」を浮き彫りにし、今後の方向性を考察する。

I 介護保険制度の現状

介護保険制度の現状を数字で示すと、次のとおりである。

被保険者数は、第1号被保険者（65歳以上の者）が2,736万人（2008年1月末現在）、第2号被保険者（40歳以上65歳未満の者）は4,276万人（2005年度平均値）。被保険者数は人口構成の変化を反映しているため、第1号被保険者は実施時点（2000年4月）の26%増であるが、第2号被保険者は若干減少している。

要介護認定者数（要支援も含む）は、第1号被保険者が435万人、第2号被保険者

が15万人、合計450万人である。実施時点（2000年4月末）の218万人の2.1倍と、被保険者数の伸びよりもはるかに大きい。全要介護者数の97%は65歳以上の者であり、我が国の介護保険制度は、実質的に「高齢者介護保険制度」であることを示している。全高齢者の16.4%、つまり6人に1人は要介護の認定を受けていることになる。これを75歳以上でみると10人に3人は要介護者である。

サービス受給者数は368万人（2008年1月）であり、実施時点（2000年4月）の149万人の2.5倍に増加している。その内訳は、居宅サービス266万人、施設サービス82万人、地域密着型サービス19万人となっている。実施時点（2000年4月末）と比較をすると居宅サービスの伸びがめざましく、2.8倍に増加している。

介護保険の総費用（保険給付と利用者負担の合計額）は、2008年度予算では7.4兆円となっており、施行初年度（2000年度）の3.6兆円の約2.1倍の増加である。国民医療費（2007年度で30兆円）に比べれば金額は小さいが、生活保護を含む他の社会福祉分野の給付に匹敵するくらいの大きさとなっている。

このように、要介護認定者や介護サービス利用者あるいは介護費用の増大は、介護保険制度がすっかり国民生活、とりわけ高齢者介護の世界に定着していることを示している。

Ⅱ 介護保険制度の「光」の部分

介護保険制度の導入は、高齢者介護分野のみならずわが国の社会保障分野に対して大きな変革をもたらしている。その主なものを列挙しよう。

1 介護サービスの利用契約制への転換

社会保障分野における最も大きな変革は、介護サービスの利用手続きが従来の措置制度から利用契約制へと改められたことである。措置制度は、行政機関がサービスの必要な人を選別して行政処分としてサービス利用を決定するという仕組みであったが、介護保険制度は、利用者はサービス提供事業者との間の利用契約に基づきサービスを利用するという仕組みである。利用契約制では、サービス利用に当って、利用者の自己決定や自己選択が尊重される。措置制度は「行政機関中心型の仕組み」であったが、介護保険制度では「利用者中心型の仕組み」に改められたということが出来る。

この変革により、措置制度時代の介護サービスのイメージ、たとえば「低所得者が利用するもの」や「福祉の恩恵」といったイメージは一新され、誰でも必要なときには他人の目を気にせずに介護サービスを利用できるという「サービスの一般化・普遍化」につながった。措置制度時代にはサービス利用にあたって行政機関の審査のために時間がかかったが、介護保険では要介護認定を受けていれば、あとは介護支援専門員（ケアマネジャー）にサービス調整を依頼して容易にサービスを利用できるようになった。

こうしたサービス利用手続きの改善は、他の社会福祉分野にも影響を与え、障害者福祉分野でも措置制度が見直されることとなった。すなわち、2000年の社会福祉基礎構造改革の一環として身体障害者福祉法等が改正され、障害者福祉サービスの利用手続きを利用契約制に改める支援費制度が2003年に導入された。その後、2005年の障害者自立支援法に引き継がれ現在に至っている。

2 介護ビジネスの誕生

措置制度の廃止と利用契約制の導入は、介護サービス提供における行政のコントロール力が弱くなり、利用ニーズが高まればサービス提供量も多くなるという関係となった。また、介護保険制度における居宅サービスにおいて、状来の市町村や社会福祉法人以外に民間企業やNPO等の団体の参画も認められたことから、「ビジネスチャンス」を感じた多くの事業者が介護サービス分野に参入してきた。サービスを全国展開する民間企業も現れるようになった。介護サービス事業者によるテレビや新聞等での宣伝が見られるようになったが、こうした行為は措置制度時代にはありえなかった。いわゆる「介護ビジネス」と呼ばれる産業分野が誕生した。

訪問介護等の福祉系の居宅サービス事業所は、約3万3千か所(2001年)から約6万か所(2005年)へと急増した。なかでも営利法人(民間企業)の事業所数が急増し、訪問介護、認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)や福祉用具貸与の分野では、社会福祉法人その他の主体よりも、営利法人が最も多い。

介護サービス分野で働く人々も増加した。介護職員数は2000年には54万9千人であったのが、2005年には112万5千人と倍増している。措置制度時代にはホームヘルパーの増員さえなかなか計画通りには進まなかったが、介護保険制度下では、訪問介護事業所が実施後5年で全国2万か所を超えるまでに増加した。ヘルパー数(訪問介護従事者数)は、17万人(2001年)から40万人(2005年)と急増した。ケアプランの作成等の業務を行うケアマネジャーも2007年までに43万人が資格受講試験に合格している。制度実施の頃は経済不況が続いていたので、介護サービス分野はIT産業等と並んで雇用拡大の場として期待されたが、その期待に答える形となった。

Ⅲ 介護保険制度の「影」の部分

上述したような介護保険制度がもたらした変革はプラス面として認識されたほか、世論調査をみても制度に対する肯定的な評価が多かった¹。他方、制度の定着とともに総介護費用が増大し続けていることから、保険料負担の増大が見込まれ、制度の持続可能性が課題と指摘されるようになった。以下、介護保険制度実施後に見えてきた主要な課題について触れる。

1 総介護費用の増大とその対策

制度実施後2004年度までに、介護保険の総費用、給付費は毎年度10%以上の伸びを示した。これは、国や地方自治体の負担増、保険料負担増につながる。

実際、高齢者の保険料負担である1号保険料は、制度発足当初の全国平均月額2,911円から3年後の第2期には3,293円と13%の伸びを示した²。そのまま推移すると、第4期(2009~2011年度)には月額5,100円と5千円を超えるものと見込まれた。地方自治体関係者を中心に、高齢者夫婦2人で月額1万円を超えることが問題視された。

医療保険制度と比較をすると、介護保険の保険料水準は低いが、こうした負担感には介護保険の特異性も反映している。すなわち、医療保険であれば被保険者は保険料を負担する一方で医療機関を受診することも多い。特に高齢者の場合には受診することが頻繁であるので、医療保険料負担にも理解が得られやすい。しかし、介護保険の場合には、要介護認定者が高齢者の6人に1人ということは、逆に要介護者でない自

立した高齢者は6人中5人となる。自立した高齢者は介護保険給付を受けるということではないので、「保険料の掛け捨て」という意識を持つことになる。制度を運営する市町村保険者にとって、自立した高齢者に対して介護保険料の引上げについて理解を求めることには困難が伴う作業となる。

また、国の負担についても、社会保障関係予算の伸びを縮減しなければならないという厳しい財政状況から、介護保険の国庫負担が毎年10%以上増加することが許される状況ではない。

こうした状況から、介護保険法附則に定められた「法施行後5年を目途とした見直し」の一環として行われた「2005年法改正」（後述）において、「将来にわたる制度の持続可能性」すなわち総介護費用の伸びの抑制が大きな課題となった。

2 事業者の不正行為の増加

制度実施後、介護サービス事業者が急増する一方で事業者の不正行為が見られるようになった。事業者の不正行為とは、サービス提供をしていないにもかかわらず介護報酬を請求する架空請求や、時間・回数の水増し請求、無資格者によるサービス提供やケアプランの作成、虚偽の指定申請、人員配置基準違反などである。これらを理由とした指定取消は、2003年度末までに全国で232事業所にのぼった。取消事業所の中では、訪問介護事業所や居宅介護支援事業所が多かった。介護保険給付費が増加する中で、保険者が介護給付費適正化対策に力を入れるようになったことも、事業者の不正行為の発覚につながった。

とりわけ、2007年に発覚したいわゆる「コムスン問題」は、それまで急成長をとげてきた介護ビジネスに冷や水をあびせることとなった。

株式会社コムスンは、2007年4月段階で従業員2万4千人、指定事業所数2,081、利用者数6万5千人、年間売上639億円（2006年6月決算期）という、当時在宅介護最大手の企業であった。訪問介護事業所は1,110ヶ所と全国の事業所数の5%を占めていた。介護保険制度で躍進した民間企業の旗手であった。しかし、2006年12月からの東京都の立入検査では、不正行為や虚偽の指定申請、人員基準違反の訪問介護事業所の存在が発覚した。さらに、2005年改正法が施行された2006年4月以降でも、複数の県において虚偽申請の事業所の例が明らかになった。取消処分に対応する不正行為であったが、コムスンは事業所の廃止届を出して行政処分を免れる対応を繰り返していた。

そこで、2007年6月、厚生労働省では、コムスンの事業所の新規指定や指定更新を行わないよう都道府県に指導した。コムスンは、同一資本グループ内の株式会社に事業譲渡を行おうとしたが、脱法行為との批判を受け、厚生労働省からも譲渡凍結の行政指導を受けた。最終的には、コムスンは介護サービス事業からの撤退を余儀なくされ、同年11月、利用者保護の観点から、コムスンの事業所は都道府県単位で他の民間事業者に譲渡された。

コムスン問題は、最大手の企業といえども、法令を遵守しない不正事業は介護事業から撤退しなければならないという事例となった。また、不正事案の再発防止を図り、介護事業運営の適正化を図る観点から、2008年の介護保険法の一部改正³が行われる契機となった。

3 介護従事者の確保難と処遇問題

介護保険制度創設の検討が始まった 90 年代後半から実施直後の 2000 年代初頭の頃は、拡大する介護ビジネスへの期待が高まり、介護福祉士の養成施設や大学における福祉関係の学部の新設が相次いだ。介護分野で働く労働者も急増した。しかし、後述する 2006 年の改正介護保険法の施行の影響や、他の産業分野の雇用環境の改善等から、近年、介護従事者の確保難や人手不足が顕在化してきた。人材確保のためには賃金引上げ等の対応が効果的であるが、制度実施以来、介護報酬のマイナス改定が続いたことから、介護事業所の経営状況は悪化しており、職員の給与の引上げ等の処遇改善にも限界がある。

全労働者の離職率が平均 16.2% (2006 年度) であるのに対し、介護職員の正社員では 20.4%、非正社員では 32.7% の高率となっている (介護労働安定センター調査)。平均賃金も 20 万円前後となっている。離職理由で多いのは「賃金が低い」「収入が不安定」「精神的にきつい」となっている⁴。介護職員が集まらないために施設開所が遅れたり、開所規模を縮小したりする等の事態が生じている。介護福祉士養成校は大幅な定員割れに見舞われており、将来の人材確保という面でも危うい状況になりつつある。

IV 2005 年法改正の概要と課題

1 2005 年改正のねらいと概要

2005 年 6 月、介護保険法等の一部改正法案が国会で成立した。この改正は、法施行後 5 年を目途として制度の実施状況等について検討を行い、必要があれば所要の措置を行うこととした介護保険法附則第 2 条の規定を踏まえたものである。制度見直しの基本的視点として、「明るく活力ある超高齢社会の構築」「制度の持続可能性」「社会保障の総合化」の 3 点が掲げられ、新予防給付の新設や介護予防事業の推進等の予防重視型システムの確立、施設給付の見直し、地域密着型サービスの創設、地域包括ケア体制の整備、事業者に対する規制の強化等の措置が講じられることとなった。

広範な内容の制度改正であったが、改正論議の中で最も大きな課題は、急増する介護費用の増大を抑制するにはどうしたらよいかという財政問題であった。制度の定着とともに、施行後 6 年間で約 2 倍となった介護費用の増大が、国や地方自治体の負担金、高齢者等の保険料を上昇させることとなり、経済界や地方自治体関係を中心に制度の持続可能性を問題視させた。政府にとっても、財政状況の厳しさから国庫負担の増大を抑制する必要性が高まった。

そこで導入された施策が、食費や居住費を自己負担とする施設給付の見直し (2005 年 10 月実施)、保険者機能の強化による介護給付適正化対策の推進、軽度者 (要支援者) に対する給付の抑制、介護予防事業による要介護者数の増加ペースの逡減等であった。さらに、2006 年 4 月の介護報酬改定も前回に引き続きマイナス改定とし、費用抑制の手段となった。

2 2005 年改正の課題

「2005 年改正」の影響は、さっそく 2006 (平成 18) 年度の介護保険事業の実績にあらわれている。まず、介護費用総額が対前年度比 0.5% 減 (342 億円減) と、制度実施後初めて減少に転じた。保険給付費の伸びも 1.4% 増と極めて低率となった。第 1 号被保

険者1人あたり給付費も219千円、対前年度比2.2%減と、これも初めて減少した。要介護認定者数は対前年比8万人増(1.8%増)であったが、第1号被保険者に占める割合では15.9%、対前年度比0.2%減と初めての減少となった。

こうしてみると、「2005年改正」がねらいとした介護費用の抑制策が功を奏したかのように見える。しかし、2006年度から始まったばかりの介護予防事業によって要介護者の増加が抑制されたとはいいがたく、実際には介護給付の抑制や介護報酬のマイナス改定による効果が大きかったものと考えられる。

たとえば、軽度者への訪問介護が毎月の定額制とされたことから、訪問介護における生活援助の利用が激減した。「使いにくい介護保険」という不満を高めることとなった。2006年度における軽度の要支援・要介護認定者数は対前年度比で若干の減少に転じたが、これは軽度者の要介護認定申請へのインセンティブが弱くなったことの反映でもある。

他方、「2005年改正」の目玉として導入された予防給付や介護予防事業であるが、その効果は不明である。2006年9月に公表された総務省の「介護保険事業等に関する行政評価・監視」によると、要支援者の中で介護予防サービスの利用率が高くないこと、特定高齢者の介護予防事業への参加率が低いこと等の実態から、厚生労働省に対して、介護予防サービス等の利用促進や費用対効果を明らかにすること、特定高齢者に対する介護予防事業について費用対公開の観点から厳密な分析を行い事業の在り方を検討すること、等の勧告を行っている。

軽度者の介護サービス利用の抑制、食費等の自己負担化による施設サービスの利用抑制、さらには介護報酬のマイナス改定が、事業者の経営状態を悪化させている。

「平成20年度介護事業経営実態調査結果」(厚生労働省)によると、これまで比較的収支差率が高かった特別養護老人ホームや介護老人保健施設でも、収入が横ばいの一方、人材確保難から職員の給与を上げているため、収支差率が縮小している。訪問介護事業所は収支差率がゼロ近い水準であり、居宅介護支援事業所は20%近い赤字状態となっている。前述した介護従事者の確保難や処遇問題も、最近の介護費用の抑制という政策と密接に関連している。

結局、「2005年改正」における財政抑制策は、保険財政の面では一定の効果をもたらしたものの、利用者の介護保険への不満の増大、介護事業者の経営悪化、介護従事者の確保難等の問題ももたらしてしまったといえる。

V これからの介護保険制度

以上、介護保険制度実施後の現状と課題について概観したが、制度創設以来9年目に入り、大きな転機を迎えている。制度実施後まもなくは、介護サービス利用者や介護サービス事業者の増大は、「介護サービスの普遍化」や「民間活力の反映」として肯定的にとらえられてきた。制度に対する世論の評価も高かった。しかし、「2005年改正」の頃から介護保険制度に対する諸問題、特に介護保険の財政問題を中心に、保険給付の無駄、要介護者の増大、介護事業者の不正行為等の問題に対する対応の厳格さが求められるようになった。さらに、今後とも進行し続ける人口高齢化への対応問題を考えると、介護保険制度の絶え間ない見直しや改善が必要となることであろう。

最後に当面の主要課題について説明する。

1 介護報酬の改定

介護報酬は3年ごとに改定されるが、これまでの2回はいずれもマイナス改定であった。2003年改定では、全体としてマイナス2.3%（在宅は+0.1%、施設は-4%）、2006年改定では、全体としてマイナス0.5%（在宅は-1%、施設は0%。ただし、食費・居住費の一部負担を導入した2005年10月改定を含めると施設-4%。全体としても-2.4%）であった。

介護保険制度における介護報酬は、医療保険制度における出来高払いの診療報酬とは異なり、基本的には利用者1人当たり1日（または1回）利用の定額払いとなっている。介護事業者が収入を増やすには、利用者数を増やすか、利用者を介護報酬が高い重度の要介護者にシフトしていく程度しか方法がない。ところが、介護保険施設の場合、定員数は決まっており、しかもすでに満床状態であるため、利用者数増加の余地はない。もともと重度の要介護者が多いために利用者のシフトにも限界がある。したがって、介護報酬のマイナス改定は直ちに収入減につながる。これまで介護事業者は、給食や清掃等の業務の外部委託や非常勤職員の活用等によって人件費や物品費を節約することにより、何とか利益を確保しようと努めてきた。しかし、サービスの質の確保の問題や、人手不足の現状では人件費を上げざるを得ないため、支出削減策も限界にきている。

「平成20年介護事業実態調査結果」⁵によると、介護事業の経営状態は、全体的に収入が横ばいしないしは低下する一方で、人件費の伸びによる支出増により収支差率が低下している。特に、これまで収支差率が比較的高く、そのため介護報酬がマイナス改定となってきた施設サービスにおいて落ち込みが大きい。特別養護老人ホームの収支差率は3年前の前回調査の13.6%から3.4%に、介護老人保健施設では12.3%から7.3%へ減少している。この数値をみるとまだ「黒字」であるため余裕があるようにみえるが、事業者はこの黒字分から施設建設費に要した借入金の返済を行ったり、将来の人件費引上げに対応したりしないといけないので、実質的にはぎりぎりの経営状態といえよう。在宅サービスの場合はなお厳しく、訪問介護の収支差率は0.7%、居宅介護支援事業はマイナス17.0%となっている。訪問介護事業所は、低賃金といわれるホームヘルパー等の賃金を上げる余裕もない。廃業に追い込まれる事業所が多数でも不思議ではない状況にある。

こうした状況の中で、2008年5月、与野党一致の議員立法として「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」が可決成立し、2009(平成21)年4月1日までに、政府は介護従事者の処遇改善のあり方について検討を加え、必要があれば所要の措置を講ずるものとされた。前述してきたとおり、介護従事者の処遇改善は喫緊の課題であり、政府は、本年(2008)年10月30日に発表した追加経済対策の中で2009年度から介護報酬を3.0%引上げることを決定した。介護保険制度実施以来、初の介護報酬の引上げであり、介護事業者の経営の安定化、介護従事者の給与の引上げに資することであろう⁶。

2 保険財政の安定化への対応

2015年頃には第1次ベビーブーム世代(1947~49年生まれ)のいわゆる「団塊の世代」が高齢者の仲間入りをする。高齢者人口は現在よりも約800万人も増加して3,300万人となり、一人暮らしの高齢者世帯は570万世帯を数え、認知症高齢者も約100万人増加して250万人になると予想されている⁷。

こうした状況においては、認知症高齢者への対応方法、高齢者の住まいのあり方な

ど今後とも課題が多いが、本稿では特に保険財政の安定化対策について言及することとする。

わが国の介護保険制度は、ドイツや韓国の介護保険制度と比較をして、要介護認定者の範囲が広く、かつ、要介護者1人あたりの保険給付水準が高いという特徴がある。そのため、高齢化の進行とともに保険財政は拡大し続けるという構造的な課題を抱えている⁸。したがって、今後とも拡大する保険財政を誰がどのように負担するのかということは、常に問題であり続ける。だからといって介護保険の給付対象者の範囲を縮小したり、あるいは、居宅サービスを受ける際の支給限度額を引き下げたりするといった対応策は、行政的にも政治的にも困難であろう。そうであるならば、とりうる対応策としては次のようなものが考えられるが、「団塊の世代」が高齢者の仲間入りをする2015年の前には検討を進め、方向性を決めておかなければならない課題である。やがてわが国の介護保険制度は実施10周年を迎えるが、これらの課題をみるだけでも大きな転機を迎えているといえる。

ア)	被保険者・受給者の範囲の拡大（被保険者・受給者の範囲を現行の「40歳以上」から引き下げて介護保険の普遍化を図り、保険財政の「支え手」を増やすこと。介護保険制度創設時点からの検討課題であるが、2005年改正では先送りされた。）
イ)	介護保険と医療保険や一般会計との役割分担（現行の介護保険制度には医療サービスが含まれており医療保険給付との重複が見られる。市町村保険者の介護保険特別会計には、特定高齢者向けの予防事業や地域包括支援センター事業のように一般会計で対応した方が適当な事業が含まれている。こうした他制度、他会計との間の負担の整理を行う必要がある。）
ウ)	公費財源の投入（第1号被保険者（高齢者）の保険料負担を引上げ続けることは不可能であり、一定の基準のもとに国や地方自治体の公費財源の投入割合を高める必要がある。）
エ)	家族やボランティアによる介護の評価（我が国の介護保険制度では、外部サービスを利用すると保険給付の対象となり、家族やボランティアによる介護は「無償労働」という「オール・オア・ナッシング」の形態である。しかし、ドイツ介護保険制度では、家族等の介護も保険給付の対象としており、結果的に保険財政の肥大化を抑制してきた。厚生労働省では、今後10年間に介護職員を40万人から55万人増加が必要と試算しているが、介護従事者の確保難という現状では厳しい数値であり、インフォーマルな介護者を制度上位置付ける必要性が生じてくるものと予想される。）

¹ 読売新聞社の世論調査によると、「介護保険制度を評価しているか」という問に対して、「大いに評価している」が15.1%、「多少は評価している」が46.0%と全体の約6割の人が評価していると回答した（読売新聞2005年1月28日朝刊）。しかし、最近の内閣府の世論調査（「社会保障制度に関する特別世論調査」2008年9月）によると、介護制度に満足していない人が53%となっている。

2	第1号被保険者の保険料は（1号保険料）は、3年間で1期として市町村保険者ごとに設定される。第1期は2000（平成12）年度から2002（平成14）年度。 第2期は、2003（平成15）年度から2005（平成17）年度。
3	2008年5月、「介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案」が国会で成立し、介護サービス事業者に対して新たに業務管理体制の整備を求めることや、行政機関による事業者の本部等に対する立入検査権の創設、不正事業者による処分逃れ対策等の措置が講じられることとなった。
4	足立清史九州大学教授が委員長の「改定介護保険制度」調査委員会の調査（2007年）によれば、介護事業者が職員の離職・退職の理由に挙げたものは、「賃金が低い」（53.0%）、「収入が不安定」（34.9%）、「精神的にきつい」（24.4%）の順となっている。
5	介護報酬改定の基礎資料とするために、厚生労働省が定期的に行っている調査。今回の調査では、全国約24,300事業所が対象となっている。
6	介護報酬全体の引き上げは決定されたが、介護事業分野ごとの対応方法、都市部と地方との間の地域差の設定方法、2005年改正で導入された地域密着型サービスや介護予防事業の評価のあり方など、個別の課題は多い。
7	2005年法改正を解説した厚生労働省のパンフレット「介護保険制度改革の概要」（2005年）による。
8	詳細については、増田雅暢「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」（増田雅暢編著『世界の介護保障』所収論文、法律文化社、2009年）を参照のこと。

（主な参考文献）

- ・ 増田雅暢『介護保険見直しの争点』（法律文化社、2003）
- ・ 『図説 統計でわかる介護保険2008』（厚生統計協会、2008）